

Déposition devant le Groupe Prévention/Dépistage du Plan Cancer III

par
Alain Lipietz

Je remercie le Professeur Vernant et la Commission préparatoire du Plan Cancer III de m'avoir auditionné sur la question de la prévention du cancer. Je n'ai pas de compétence particulière en matière de prévention médicale. Toutefois :

- j'ai jadis travaillé en tant qu'ingénieur sur la prévention des accidents de travail dans les mines et le bâtiment ;
- j'ai également participé au débat sur l'obligation de la ceinture de sécurité dans les voitures ;
- en tant que député européen, j'ai participé au débat sur l'étiquetage du tabac et sur le règlement REACH ;
- et, comme beaucoup d'entre nous, j'ai vu une personne chère mourir d'un cancer dont l'un des cofacteurs était, semble t-il, une hernie hiatale : or, j'ai une hernie hiatale...

La lecture de la partie consacrée à la prévention dans le Plan cancer II (2009-2013) m'inspire les remarques suivantes.

I- Une confusion entre prévention et dépistage précoce.

Ces deux notions sont traitées ensemble dans le texte, et j'ai pu constater qu'en effet dans le discours des autorités médicales elles étaient toujours traitées ensemble, qu'elles soient ou non consciemment confondues, avec ce résultat que le dépistage précoce étouffait presque totalement la question de la prévention. Il en est de même dans les bulletins des associations et fondations sollicitant des dons auprès du public pour la recherche contre le cancer. C'est la raison pour laquelle je leur ai adressé une *Lettre ouverte* dont les médias se sont faits écho, suspendant mes dons jusqu'à ce qu'elles décident de lancer de réelles recherches sur la prévention (<http://lipietz.net/?article2935>).

Le dépistage précoce n'est pas une politique de prévention, mais une excellente stratégie thérapeutique (posant d'ailleurs ses propres problèmes) dans la lutte contre les cancers déjà existants. Au contraire, la prévention consiste à empêcher les cancers d'apparaître et de se développer.

Par exemple, quand je demande ce que je dois faire à propos de mon hernie hiatale, me répondre "une surveillance régulière" relève du dépistage précoce et non de la prévention. J'admets qu'il n'y ait pas actuellement sur tel ou tel cancer de solution préventive autre que « opérer préventivement », solution qui ressemble fort au déclenchement anticipé d'une stratégie curative précoce, peut-être pire qu'un mal qui n'est encore que virtuel (comme le recours à la mastectomie en cas de repérage du gène BRCA 1). Mais j'ai l'impression que la recherche « préventive » authentique (celle qui étudierait les étapes de la transformation d'une virtualité en réalité afin d'en éviter le scénario) de ne se développe pas, même en faveur des personnes présentant une prédisposition de ce genre, et encore moins sur les facteurs de risque plus généraux.

Ce silence est d'autant plus grave que l'on se souvient des très grandes difficultés, pour les malades, leurs avocats, et les médecins les plus conscients, de faire la démonstration de la nocivité du tabac ou de l'amiante. Contrairement à la lutte contre les maladies infectieuses, la lutte contre les causes

des maladies chroniques, "maladies créées par l'homme" le plus souvent, se heurte à de puissants intérêts économiques. Il est donc plus difficile de faire endosser par l'État une prophylaxie du cancer que des maladies infectieuses, et c'est la responsabilité du corps médical que de peser en faveur de la prévention aussi fortement que les intérêts économiques pèsent en faveur de la non-remise en cause des facteurs de risque.

Proposition 1 : Séparer rigoureusement dans le plan Cancer III et dans le discours médical la prévention et le dépistage précoce. S'astreindre à étoffer le chapitre prévention.

II- Prévention individuelle ou collective.

Dans le relativement faible espace consacré par le Plan Cancer II à la prévention, la part prédominante est attribuée à l'alcool et au tabac. J'admets parfaitement que ces deux « pratiques à risque » soient statistiquement des causes majeures de cancers, et donc que la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme constitue bel et bien une politique de prévention.

Cependant, il est étonnant qu'alcoolisme et tabagisme épuisent la quasi totalité du discours consacré à la prévention dans les publications médicales, y compris encore une fois dans les bulletins des fondations de recherche sur le cancer. Car ces deux causes de cancers ont ceci de particulier qu'elles relèvent de la responsabilité individuelle de leurs victimes, et non de la responsabilité sociale. Non qu'il n'existe des pressions sociales en faveur de l'alcool et du tabac, mais le fait d'en consommer ou pas est bien une décision individuelle, une « conduite à risques ». Au contraire, travailler dans un bâtiment enduit d'amiante est une situation environnementale risquée, que le sujet ignore en général et qui ne disparaîtra pas avec ses protestations.

Or, la première chose que l'on constate quand on s'intéresse par exemple aux accidents de travail, c'est le débat intense entre ceux (principalement les contremaîtres et ingénieurs) qui attribuent les accidents de travail aux prises de risques individuelles, et ceux (principalement les syndicats) qui attribuent les accidents de travail à une mauvaise organisation du travail et de son environnement. Certains accidents relèvent clairement de l'un ou de l'autre cas, d'autres sont plus ambigus. Par exemple, selon les points de vue, on demandera à un grutier de se déplacer de barreaux en barreaux en déplaçant une boucle reliée à son baudrier, ou on équipera la grue d'une rambarde. Le coût de la seconde solution étant apparemment plus élevé, l'encadrement aura tendance à privilégier la solution individuelle et à culpabiliser l'ouvrier qui n'aura pas suivi strictement les "consignes de sécurité". Transposé au domaine de la santé : on pourrait par exemple soit interdire les pesticides, soit critiquer les ménagères qui lavent mal les aliments... ou n'achètent pas « bio ».

Le biais en faveur de la "responsabilité individuelle dans la prise de risque" aboutit à une double impasse : dans la stratégie de recherche pour la prévention, et dans les politiques publiques de prévention elles-mêmes.

a) Dans la stratégie de recherche.

Il est regrettable que, une fois établie — non sans mal — la causalité cancérigène de certaines conduites et de certains facteurs, ou plutôt de certaines conduites conduisant à s'exposer plus intensivement à certains facteurs, l'accent soit mis désormais sur les conduites et non sur les facteurs. La dénonciation insistante des conduites à risque (fumer, boire) aboutit dans les faits à exonérer la recherche de travaux sur le tabac et l'alcool (j'y reviendrai plus loin), et surtout de la détection d'autres facteurs dangereux, qui eux relèvent purement et simplement d'un environnement social (de travail, de loisirs, ou d'habitat) auquel on ne peut échapper.

On a même entendu une autorité médicale, lors d'un débat citoyen préparatoire au lancement de l'opération Cancer Campus à Villejuif, répondre à une habitante (docteure en écologie) qui le questionnait sur la périllosité réelle du voisinage de l'autoroute : "Les seules causes environnementales avérées sont le tabac et l'alcool. C'est aux accusateurs de faire la preuve qu'il y en a d'autres". Or, sans même évoquer le cas de l'amiante, chacun avait pu lire dans la presse que le Centre International de Recherche sur le Cancer classe dorénavant les émanations de diesel comme cancérigènes. Si donc on ne peut pas se fier à l'institution en charge de la synthèse de la recherche mondiale, pourquoi ferait-on confiance à ceux des médecins qui dénoncent le tabac et l'alcool comme cancérigènes ?

L'Union européenne, avec le règlement REACH, a lancé un examen systématique de toutes les molécules chimiques déversées dans l'environnement depuis la révolution des années 1950. De plus en plus de lanceurs d'alerte établissent un lien, au moins comme cofacteur, entre telle substance et tel cancer. Cette politique doit être développée, épidémiologiquement et en laboratoire, et la France doit y prendre largement sa part dans une organisation planifiée avec ses partenaires européens. Ce sera long, mais pas plus difficile ni plus coûteux que de démontrer l'existence du Boson de Higgs.

Notons au passage que, si une stratégie « ascendante » de tel cancer vers tel substance ou rayonnement ayant pu le provoquer sera bien entendu affectée aux "recherches sur la prévention du cancer", il n'en sera pas de même pour les études descendantes d'évaluation des risques de tel ou tel substance ou rayonnement. On peut très bien découvrir qu'une substance n'est pas cancérigène mais bien mutagène ou reprotoxique. Elle n'en est pas moins dangereuse pour autant !

Proposition 2 : Développer de façon planifiée au niveau européen la recherche sur les facteurs du cancer présents dans l'environnement. Y consacrer des sommes du même ordre de grandeur qu'à la recherche curative.

b) Dans les politiques publiques de prévention.

Ici, plus encore que dans la recherche, l'affrontement avec les intérêts économiques responsables des "maladies créées par l'homme" sera intense, comme on l'a vu dans le cas de l'amiante et du tabac. Quoique le principe de précaution soit inscrit dans la constitution, il peine à se concrétiser, ces intérêts économiques étant trop puissants pour que les autorités politiques osent prendre les mesures sans avoir obtenu un niveau de certitude proche de 100%. Il est pourtant grand temps d'agir sur les facteurs cancérigènes environnementaux déjà reconnus par le CIRC, tel que le diesel.

A titre d'exemple, j'aimerais retrouver dans le chapitre du plan Cancer III consacré à la prévention des phrase telles que :

Proposition 3 : Lancer un plan d'élimination du diesel. Aligner immédiatement la fiscalité du diesel sur celle de l'essence. Aller vers une élimination progressive des véhicules légers au diesel. Suspendre toute commande publique de véhicule au diesel pouvant être remplacé par un véhicule au biogaz. Financer la recherche sur une motorisation alternative des poids lourds.

III- Prévention et pratiques à risques

La revalorisation de la prévention des cancers environnementaux («de responsabilité collective») ne doit pas épuiser la réflexion sur la prévention des cancers résultant de conduites à risques.

Ce n'est pas caricaturer le Plan Cancer II ou les discours médicaux qui en découlent que de les résumer, sur ce point, à : "Nous sommes certains que ces conduites : fumer, boire de l'alcool, sont dangereuses, même à faible dose. Nous vous invitons donc à vous en abstenir. Faute de quoi vous pourrez vous tenir vous-même pour responsables de votre cancer."

Dans n'importe quelle autre conduite humaine, un tel discours serait jugé insuffisant de la part d'une autorité publique. La dialectique entre responsabilisation individuelle, obligation de réduction de la périliosité des produits offerts sur le marché, et responsabilités de l'État, tant vis-à-vis de la réglementation que des dépenses publiques, est beaucoup plus complexe.

Ainsi, lors des débats sur la sécurité routière, personne n'aurait tenu le discours : "L'automobile est dangereuse, donc vous n'avez qu'à prendre le train, comme on faisait avant, ou rouler à vos risques et périls." Prenons l'exemple de la ceinture de sécurité : l'Institut de recherche des transports (devenu Inrets puis Ifsttar), dans lequel je travaillais alors, avait établi que seules les ceintures à 4 points de fixation étaient vraiment efficaces et que celles à 2 points étaient carrément dangereuses. J'avais plaidé à l'époque que seule une ceinture à 3 points, fixable d'une seule main, avait quelques chances d'être acceptée. Après débat, ce compromis entre le théoriquement souhaitable et le raisonnablement imposable fut adopté, et dans les faits, la ceinture à enroulement n'a été mise au point qu'après que la ceinture « 3 points » a été rendue obligatoire. Parallèlement, des milliards étaient dépensés pour améliorer la sécurité du réseau routier et la qualité des automobiles, les contrôles devenaient de plus en plus contraignants sur l'alcool au volant et le respect des limites de vitesse, etc.

De même, au Parlement européen, en même temps que nous décidions de couvrir les paquets de cigarettes d'étiquettes dissuasives, et que nous rejetions la prétention des cigariers à mettre en vente des cigarettes *light* en laissant entendre qu'elles étaient sans danger, nous n'avons pas interdit le tabac (ni par ailleurs l'alcool), et nous avons invité les cigariers à poursuivre leurs recherches.

Enfin, même la France s'est résignée à autoriser les politiques de réduction des risques en matière de consommation de drogues dures (échange des seringues, distribution de produits de substitution qui sont aussi des drogues mais mieux contrôlables, etc).

Il serait paradoxal que ce qui est accepté pour les drogues dures comme « politique publique de réduction des risques » (il vaudrait mieux dire : « réduction des conséquences », puisque le risque est parfois certain) soit refusé pour des drogues « douces », provoquant 10 à 20 fois plus de morts, alors même que leur caractère de drogue "douce" a conduit toutes les civilisations à les admettre en tant que consommation de plaisir ou d'accompagnement du travail.

Naturellement cela implique de comprendre précisément pourquoi l'alcool ou le tabac provoquent des cancers, et ce que l'on pourrait faire pour qu'il en soit moins souvent ainsi, ce qui renvoie à mes remarques précédentes. Les intérêts économiques répondront sans doute « Rien », comme ils ont prétendu longtemps que la consommation de ces produits était sans risque. Mais nous ne pouvons pas exclure que soit découverte une forme de cigarette substitutive réellement moins dangereuse.

Il est parfaitement compréhensible que des médecins se scandalisent qu'une politique de réduction des risques cancérigènes puisse aboutir à légitimer la poursuite des pratiques à risque correspondantes, au grand bénéfice des industries. Cependant la politique publique ne peut pas faire fonds sur le triomphe total de la vertu.

Proposition 4 : Tout en intensifiant les politiques d'éducation de la jeunesse et des adultes sur les risques du tabac et de l'alcool, engager des recherches sur la diminution des risques associés à leur consommation (modification des produits, de leurs rituels de consommation...)